

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

Таблица 1. Уровни тревоги и депрессии у пациентов с АГ II степени и различным уровнем качества жизни

	Уровень депрессии	Уровень РТ	Уровень ЛТ
Пациенты с ИП<75%	5,8±5	42,9±10,9	48,3±9
Пациенты с ИП > 75%	1,9±2,08*	36,6±7,8*	49,9±6,1*

Примечание - * - достоверные отличия между группами ($p < 0,05$).

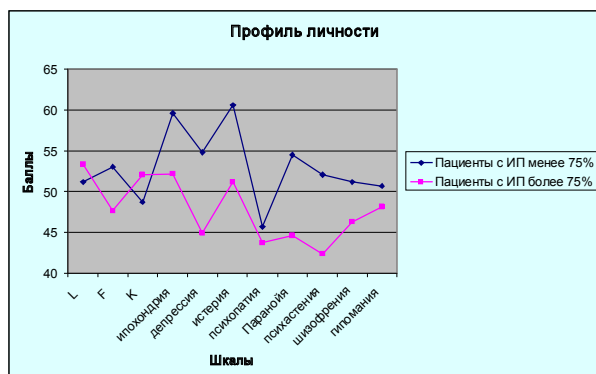


Рисунок 1. Профиль личности по опроснику Мини-Мульт у пациентов с АГ с ИП качества жизни более и менее 75% ($p < 0,05$)

- $62 \pm 12\%$, что было достоверно меньше, чем у мужчин ($p < 0,05$). Уровень качества жизни снижается при увеличении возраста пациентов ($r = -0,26$, $p = 0,009$), при увеличении продолжительности заболевания ($r = -0,27$, $p = 0,007$).

У 23 (25%) пациентов ИП качества жизни был более 75%, у 69 (75%) ИП качества жизни был менее 75%. При ИП более 75% отмечены достоверно более низкие уровни тревоги и депрессии (табл.1).

При наличии когнитивных нарушений у пациен-

тов с АГ ИП качества жизни был достоверно ниже, чем у пациентов без когнитивных нарушений ($n = 59$, ИП 62%, $n = 33$, ИП 70%, $p = 0,025$).

Профиль личности по опроснику Мини-Мульт достоверно отличался по шкалам ипохондрии, депрессии, истерии, паранойи и психастении у пациентов с АГ с ИП качества жизни менее 75% ($p < 0,05$) (рис.1).

Выводы

1. Интегральный показатель качества жизни у пациентов с АГ II снижен и в среднем равен 65%. У женщин ИП качества жизни был достоверно ниже, чем у мужчин.

2. У 75% пациентов с АГ ИП качества жизни был менее 75%, при этом уровни тревоги и депрессии были достоверно ниже, чем у пациентов с ИП качества жизни более 75%.

Литература:

- Пушкарев, А. Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: методические рекомендации / А. Л. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. – Минск, 2000.
- Сидоров, П. И. Алгоритм оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями / П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев, И. А. Новикова // Тер. Архив. – 2004. – № 10. – С. 36-43.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХОДЕ МАССОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Вечер А.В., Козловский В.И.

УО «Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Оценка качества жизни (КЖ) у больных с различными заболеваниями, в том числе с артериальной гипертензией (АГ), представляет большое научное и практическое значение, так как не всегда подобранная врачами терапия приводит к субъективному улучшению общего состояния пациентов, а иногда даже к снижению их КЖ. В настоящее время исследование КЖ является удобным и информативным методом, позволяющим оценивать самочувствие пациентов, использовать результаты таких исследований для оценки эффективности антигипертензивного лечения и динамики АГ, а также для анализа экономических показателей КЖ [1,2,3].

Цель. Анализ КЖ респондентов с АГ, затрат на лечение АГ при различном КЖ на основании результатов массовых обследований, проводимых в 2009,

2010 и 2011 годах.

Материал и методы. Всего в акциях участвовало 1937 респондентов, страдающих АГ: 510 мужчин (26,3%), 1427 женщин (73,7%), средний возраст которых составил $53,9 \pm 9,4$ лет.

Проводилось анкетирование респондентов, измерялось артериальное давление, вес, рост. Анкета включала общие данные о респонденте, вопросы о длительности АГ, приеме гипотензивных препаратов (регулярность, частота приема), амбулаторном, стационарном лечении, вызовах СМП по поводу повышенного АД и наличии в анамнезе инсультов, инфарктов миокарда. Давление измерялось электронным тонометром Microlife BP A100 PLUS.

КЖ оценивалось при помощи визуально-аналоговой шкалы. Визуально-аналоговая шкала, так

Таблица 1. Уровень здоровья респондентов с сердечно-сосудистыми осложнениями и сопутствующим СД

ССО, сопутствующая патология	Уровень здоровья, %	Без ССО, сопутствующей патологии	Уровень здоровья, %
ОНМК	57,2±15,4	Без ОНМК	66,1±13,1
ИМ	59,4±15,1	Без ИМ	65,9±13,2
СД	60,9±15,6	Без СД	66,0±13,4

Примечание: * - достоверное отличие показателя по сравнению с группой больных с ОНМК, ИМ и СД ($p < 0,05$).

Таблица 2. Уровень здоровья и количество СМП, стационарного и поликлинического лечения

Лечение АГ	Уровень здоровья, %	Лечение АГ	Уровень здоровья, %
СМП	1-5 вызовов – 61,8±13,3 Больше 5 вызовов – 57,3±16,6	Не вызывали СМП	66,2±13,1
Стационарное лечение	64,2±13,4	Не проходили стационарное лечение	66,0±13,1
Поликлиническое лечение	63,8±13,4	Не посещали поликлинику	68,3±12,5*

Примечание: * - достоверное отличие показателя по сравнению с группой больных, посещающих поликлинику ($p < 0,05$).

Таблица 3. Стоимость лечения АГ с различным уровнем здоровья

Уровень здоровья	Стоимость медикаментозного лечения в год на одного пациента, бел. руб.	Стоимость лечения одного респондента в год, включая поликлиническое, стационарное лечение, вызовы СМП и стационарное лечение ССО, на одного пациента, бел. руб.
0-30	90 338	1 650 448
31-50	119 392	880 239
51-75	103 842	641 200*
>75	69 533	558 063*#

Примечание: * - достоверное отличие по сравнению с группой больных с КЖ=31-50; # достоверное отличие по сравнению с группой больных с КЖ=51-75 ($p < 0,05$).

называемый «термометр здоровья», представляет собой градуированную шкалу от 0 до 100 баллов, на которой 0 означает наихудшее, 100 — наилучшее состояние здоровья. Обследуемый делает отметку на «термометре» в том месте, которое отражает его КЖ на момент заполнения.

Полученные данные обрабатывались с помощью электронных таблиц Microsoft Excel, пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Среднее систолическое давление у респондентов составило 142,9±16,14 мм рт.ст., диастолическое АД 87,9±9,28 мм рт.ст. Средняя частота сердечных сокращений 77,1±8,9 ударов в минуту. Средняя длительность АГ составила 8,9±6,1 лет. При анализе КЖ респондентов в 2009, 2010 и 2011 годах получены следующие данные – уровень здоровья: 66,6±13,0; 66,9±12,9; 64,02±13,5 соответственно. В 2011 году респонденты оценили свое здоровье ниже, чем в предыдущие годы. С возрастом респонденты КЖ оценивали ниже (18-25 лет – 79,3±10,2; старше 75 лет – 63,5±13,6). При большей длительности АГ определялся более низкий уровень здоровья (до 1 года – 70,3±12,0; выше 20 лет – 58,4±12,9).

При более высоком САД и ДАД респонденты оценивали уровень здоровья ниже (САД = 90-120 мм рт.ст. – 65,7±13,4; выше 180 мм рт.ст. – 61,5±14,5; ДАД = 80-90 мм рт.ст. – 67,1±13,0; выше 100 мм рт.ст. – 65,5±14,2).

Пенсионеры оценивали свое здоровье ниже (63,3±13,2), чем рабочие и служащие (66,7±13,4 и 67,9±12,4 соответственно), причем у рабочих пенси-

онеров КЖ минимальный (61,8±14,8). Респонденты, которые не принимали антигипертензивные препараты (АГП), оценивали уровень своего здоровья выше, чем принимающие АГП респонденты (71,6±12,2 и 63,3±12,8 соответственно). У 82,5% респондентов ИМТ выше нормы (в среднем 29,3±3,9), причем эти респонденты оценивали свое здоровье ниже, чем респонденты с нормальной массой тела (ИМТ=18-25 – оценка здоровья 69,9±12,7; ИМТ=30 и выше – 63,6±13,4). При приеме одного АГП наблюдался более высокий уровень здоровья, чем при комбинированной терапии (1 АГП – 64,3±13,6; 4 АГП – 57,7±13,2 соответственно). Респонденты, перенесшие инсульт (ОНМК), инфаркт миокарда (ИМ), имеющие в анамнезе сахарный диабет (СД), имели КЖ ниже (таблица 1).

Было проанализировано количество вызовов СМП, частоты посещений поликлиники и прохождения стационарного лечения по поводу повышенного АД при различном КЖ респондентов (таблица 2). Оказалось, что чем ниже КЖ, тем чаще респонденты вызывают СМП, проходят стационарное лечение и посещают поликлинику.

Была определена стоимость лечения АГ с различным уровнем здоровья респондентов (таблица 3). Наибольшие расходы связаны с лечением АГ у респондентов, которые оценили свое здоровье ниже 30, расходы на гипотензивную терапию наибольшие у респондентов с уровнем здоровья 31-50.

Выводы:

Оценка состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале является удобным и простым скринин-

говым методом оценки КЖ, позволяющий выявить наиболее значимые факторы, влияющие на КЖ, осуществлять мониторинг состояния больных АГ.

Уровень здоровья ниже оценивали респонденты пожилого и старческого возраста, с большей длительностью АГ, с высоким уровнем АД, с низкой приверженностью к гипотензивной терапии, с наличием сопутствующих заболеваний.

Затраты на лечение АГ у респондентов с низким КЖ выше, т.к. эта категория больных чаще вызывает СМП, посещает поликлинику и проходит стационарное лечение.

Литература:

1. Яковлева, Л.В. Фармакоэкономика / Яковлева Л.В. – Харьков, 2004. – 69 с.

2. Остроумова, О.А. Влияние гипотензивной терапии на качество жизни / О.А. Остроумова // Медицинская газета «Здоровье Украины». – 2004. – № 98. – С. 5-8.

3. Конради, А.О. Влияние длительной терапии эналаприлом и его комбинации с гидрохлортиазидом на качество жизни больных гипертонической болезнью / А.О.Конради [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2002. – Т. 08, N 6. – С. 19-23.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ. ЗАТРАТЫ НА ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Вечер А.В., Козловский В.И.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. В лечении хронических заболеваний, к которым относится большинство болезней сердечно-сосудистой системы, в том числе и артериальная гипертензия (АГ), большую роль имеет приверженность пациентов к терапии. Приверженность к лечению у этой категории пациентов крайне низка, т.к. АГ нередко протекает в отсутствие клинических симптомов. Между недостаточной приверженностью к лечению, сердечно-сосудистым риском [1] и затратами на лечение больных с АГ [2] имеется отчетливая связь. Однако различия в расходах на лечение больных АГ при различной приверженности исследованы недостаточно.

Цель. Анализ затрат на лечение АГ при различной приверженности к гипотензивной терапии в ходе массового исследования.

Материал и методы. Всего в исследовании участвовало 1207 респондентов. Среди участвующих респондентов 610 (50,5%) человек в возрасте от 23 до 91 лет (средний возраст 56,4 лет \pm 7,9) страдали АГ. 113 мужчин (18,5%), 497 женщин (81,5%). Средняя длительность АГ 9,4 \pm 6,3 лет. Проводилось анкетирование респондентов, измерялось артериальное давление. Анкета включала общие данные о респонденте, вопросы о длительности АГ, особенностях приема гипотензивных препаратов (регулярность, частота приема, наличие пропусков в приеме ГП), амбулаторном, стационарном лечении, вызовах СМП по поводу повышенного АД, наличии в анамнезе инсультов, инфарктов миокарда. Давление измерялось электронным тонометром Microlife BP A100 PLUS.

Средняя стоимость выезда бригады скорой помощи составила 79 тысячи рублей, посещение поликлиники - 12 тысяч рублей (в ценах на декабрь 2010 год). Стоимость стационарного лечения одного

больного, перенесшего инсульт - 4 031 633 рублей, инфаркт миокарда - 3 711 431 рублей. В случае госпитализации стоимость 1 пролеченного больного с АГ - 1 433 965 рублей. Полученные данные обрабатывались с помощью электронных таблиц Microsoft Excel, пакета статистических программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Антигипертензивные препараты (АГП) принимали 72% респондентов. 48,9% респондентов принимали препараты ежедневно, 7,4% - от 1 до 5 раз в неделю, 4,9% - от 1 до 10 раз в месяц, 9,7% - только при повышении АД. 19,5% респондентов не принимали АГП.

221 человек (36%) наблюдались у участкового врача в поликлинике. 31% респондентов проходили стационарное обследование или лечение по поводу АГ. 15% вызывали СМП при повышении артериального давления (АД).

При анализе приверженности респондентов к гипотензивной терапии оказалось, что у респондентов с высшим образованием приверженность выше (при регулярном приеме АГП 43% респондентов имели высшее образование, при нерегулярном приеме - 39%). Было выявлено, что с возрастом у респондентов приверженность к приему АГП улучшается: средний возраст при регулярном приеме 58,6 \pm 7,4 лет, нерегулярном приеме - 55,4 \pm 8,6 лет, причем при приеме АГП только при повышении АД средний возраст был минимален - 52,8 \pm 8,5 лет. При большей длительности АГ отмечалась лучшая приверженность: при регулярном приеме 11,5 \pm 6,9 лет, при приеме раз в неделю - 8,1 \pm 5,2 лет, раз в месяц - 7,1 \pm 3,3 лет, при приеме только при повышении АД стаж АГ был минимален - 6,89 \pm 4,9 лет.

Был определен уровень приверженности при приеме разного количества АГП (таблица 1). При приеме нескольких АГП отмечалась лучшая приверженность.